Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2** **FECHA: 2024-09-16**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

EMILIO ANDRES RIVEROS ALVAREZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	9.431.762				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO ORTOPEDISTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1093 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/01/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$** 37.614.720	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (02) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** 281.682.960		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 8.890.752**
Nº DE INFORME:	11	**Nº CRP:**	13356	**Nº CDP:**	146
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ - DIRECTORA TÉCNICA CODIGO 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:		**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**(NÚMERO)**	**PRORROGAS**	**(NUMERO)**	
VALOR ADICIONADO	$ 10.942.464	**CDP DE LA ADICIÓN:**	935	**CRP DE LA ADICIÓN:**	21040	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 18.436.912	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1260	**CRP DE LA ADICIÓN:**	23944	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 12.937.184	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1631	**CRP DE LA ADICIÓN:**	28754	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 11.198.928	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2204	**CRP DE LA ADICIÓN:**	32148	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 69.245.280	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2622	**CRP DE LA ADICIÓN:**	36096	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.709.760	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3224	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43533	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.709.760	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3757	**CRP DE LA ADICIÓN:**	45511	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES (3) MESES

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**
Nº DE PÓLIZA:	123	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		ABC
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**FECHA DE APROBACIÓN:**		DD/MM/AAAA

ITEM	**IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO** **(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)**
1	Realice las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo de la especialidad de ortopedia: Estudiar, diagnosticar y tratar patología y urgencias que afecten los vasos periféricos, aorta y carótidas. Con un alto nivel científico, ético y humano, de una manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes, y teniendo en cuenta que todas las decisiones clínicas generadas en la atención médica procurarán el mejoramiento de la salud del paciente.
2	Brindó una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con énfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guías de atención, de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación.
3	Prestó sus servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales
4	Informó al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, y resolvió inquietudes relacionadas con el proceso de atención.
5	Diligencio los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.
6	Respetó los derechos del paciente, cumplió el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se prestó la atención
7	Emitó conceptos médicos que se le requirieron, realizó resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que se solicitaron.
8	Diligencie en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos, la historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con la firma.
9	Garantizó la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos.
10	Utilice de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos.
11	Reportó al área de Recursos Físicos – Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales.
12	El contratista veló por las seguridad de los equipos que se encuentran bajo custodia del servicio.
13	Participó activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad.
14	participó en la programación de actividades del servicio.

16	Participó en la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presentaron en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio.
17	Informe oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones
18	Cumplí oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad.
19	Preste el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades.
20	Porte el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**81720614**	**OPERADOR:**	**MIPLANILLA**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SANITAS**	**14/11/2024**	**1625000**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	**14/11/2024**	**1625000**
RIESGOS LABORALES:	**BOLIVAR**		
OTRO			
	TOTAL PAGADO		**$ 3.566.700**

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo seop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente



EMILIO ANDRES RIVEROS ALVAREZ
CC: 9.431.762
CEL: 3114520167

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/11/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	EMILIO ANDRES RIVEROS ALVAREZ	**CC:**	9431762
		RUT (NIT):	NA
CORREO ELECTRÓNICO:	emilioriveroscadera@gmail.com	**TELÉFONO:**	3114520167
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Calle 94a 21-60	**CIUDAD:**	Bogotá

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.	
NO tomaré costos y deducciones	**(X)**
SI tomaré costos y deducciones	**( )**

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

Regimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación	SI (X)	NO ( )

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**DAVIVIENDA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**452970032788**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	**PS 1093 2024**	**N° CDP:**	**3757**	**N°. RP:**	**45511**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : ONCE (11) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**21/1/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:**
						$ 281.682.960
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$ 8.890.752**					
	OCHO MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS					

Emilio A Riveros A

EMILIO ANDRES RIVEROS ALVAREZ
9431762
3114520167

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION

CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2
FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	EMILIO ANDRES RIVEROS ALVAREZ
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9.431.762

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO ORTOPEDISTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1093 2024			FECHA INICIO CONTRATO	21/01/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 37.614.720				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 281.682.960			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 8.890.752,00
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	11	Nº CRP INICIAL:	13356	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	146
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	81720614	OPERADOR:	MIPLANILLA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GESTION HOSPITALARIA				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ - DIRECTORA TÉCNICA CODIGO 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	9	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				7	9
VALOR ADICIONADO	$ 10.942.464	CDP DE LA ADICIÓN:	935	RP DE LA ADICIÓN:	21040	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 18.436.912	CDP DE LA ADICIÓN:	1260	RP DE LA ADICIÓN:	23944	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 12.937.184	CDP DE LA ADICIÓN:	1631	RP DE LA ADICIÓN:	28754	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 11.198.928	CDP DE LA ADICIÓN:	2204	RP DE LA ADICIÓN:	32148	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 69.245.280	CDP DE LA ADICIÓN:	2622	RP DE LA ADICIÓN:	36096	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.709.760	CDP DE LA ADICIÓN:	3224	RP DE LA ADICIÓN:	43533	TIEMPO PRORROGADO:	TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO	$ 1.709.760	CDP DE LA ADICIÓN:	3757	RP DE LA ADICIÓN:	45511	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X
Nº DE PÓLIZA:	XX	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		XX
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:		XX

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago,** CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 01/11/2024) AL (30/11/2024) (

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ CARGO: DIRECTORA TÉCNICA CODIGO 009 GRADO 05 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: SAUL ARDILA DURAN PERFIL: MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 232 GRADO 032

EMILIO ANDRES RIVEROS ALVAREZ

C.C: 9431762 - 6
Ciudad: BOGOTÁ, D.C., Bogotá
Teléfonos: 3114520167
Dirección: CALLE 94A # 21-60

REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION

Resolución de facturación electrónica DIAN No. 18764082118111 del 2024-10-24 al 2025-04-24 autorizado del 649 al 1000

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA # [redacted]

Fecha factura: nov. 13, 2024 21:32:22
Vencimiento: nov. 13, 2024
Tipo de pago: Contado
Medio de pago: Consignación bancaria
Moneda: COP

FACTURADO A:

Cliente: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE
NIT: 900959051-7
Email: radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co
Tel: 3283105
Dirección: CR 15 No 1 59 SUR
Ciudad: BOGOTÁ, D.C. / COLOMBIA

#	CÓDIGO	NOMBRE	CANT.	PRECIO UNIT.	% DESC.	IMPUESTOS	SUBTOTAL	TOTAL
1	002	**HONORARIOS MEDICOS** Unidad: 94	104	$ 85,488.00	0%	IVA:0% INC:0%	$ 8,890,752.00	**$ 8,890,752.00**

Cantidad de lineas: 1

NOTAS

Observación
DAVIVIENDA CUENTA DE AHORROS N° 286000139605

RESUMEN

Subtotal:	**$ 8,890,752.00**
[redacted]	[redacted]

Valor en letras: OCHO MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS

CUFE: 528df625d98c4884ca3316a22296b7ca4fa4c9276d41828c5f6b91d5a9a89907d55eeafa2d9b5c50e9b0c66d65303ba2

Proveedor Tecnológico: FACTURE SAS – NIT 900399741 – Software: PL-COLAB.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	9431762	EMILIO ANDRES RIVEROS ALVAREZ	TRANV 5 # 48A - 13 APTO 201	3114520167	toygun_23@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2024-10	2024-10	I	14/11/2024	81720614	TOTAL A PAGAR	
					$4.151.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	1.625.000	0		0		0	0	0	0	1.625.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	2.060.000	0	0	65.000	65.000	0	0		2.210.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	316.700				316.700	0	0	316.700			3.167	316.700	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	1.625.000	1.625.000
Pensión	1	2.210.000	2.210.000
Riesgos Laborales	1	316.700	316.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	4.151.700	4.151.700

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información